



TITLE:

特發性總輸膽管擴張症ノ1治驗例

AUTHOR(S):

藤原, 紫郎

CITATION:

藤原, 紫郎. 特發性總輸膽管擴張症ノ1治驗例. 日本外科宝函 1935, 12(4): 1206-1212

ISSUE DATE:

1935-07-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204295>

RIGHT:

特發性總輸膽管擴張症ノ1治驗例

京都帝國大學醫學部外科學教室(磯部教授)

醫學士 藤 原 紫 郎

Ueber einen operativ geheilten Fall von idiopathischer Choledochuserweiterung

von

Dr. S. Fujihara

[Aus der II. Kaiserl. Chir. Universitätsklinik Kyoto

(Prof. Dr. K. Isobe)]

Pat. T. K. 13 jähriges Mädchen.

Hauptklagen: Ikterus u. schmerzlose Auftreibung in der rechten Hypochondrialgegend.

Beginn u. Verlauf des jetzigen Leidens: Vor ca. 2½ Monaten klagte sie über jückendes Gefühl an beiden Augenlider und danach an der ganzen Körperoberfläche ohne besondere Veranlassung. Nach einigen Tagen bemerkte ihre Mutter ikterische Verfärbung des Rumpfes und zugleich über handtellergrösse Auftreibung in der rechten Hypochondrialgegend. Dabei keine Fieberung und kein Erbrechen. Nur zuweilen dumpfe Schmerzen in dem rechten Oberbauch. Stuhlgang zur Verstopfung geneigt und die Stühle ab und zu acholisch bemerkt. Appetit u. Schlaf nicht gestört.

Status praesens: Gut genährtes Mädchen. Temperatur, Atmung und Puls ganz normal, aber Haut u. Schleimhaut mässig gelb gefärbt.

Der Bauch im allgemeinen aufgetrieben, besonders deutlich in der rechten Hälfte. In der rechten Hypochondrialgegend tastet man einen etwa kindskopfgrossen halbkugligen Tumor, deren obere Grenze ca. 2 querfingerbreit unterhalb des rechten Rippenbogens sitzt. Oberfläche des Tumors ganz glatt, Konsistenz überall elastisch weich, prall gespannt und deutlich fluktuierend, aber keine Druckempfindlichkeit.

Klinisch diagnostisiert als "idiopathische Choledochuserweiterung."

Am 3. Dec. 1934. aufgenommen und operiert am 12. desselben Monates.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle trat ein kindskopfgrosser Tumor, bedeckt vom hinteren Peritoneum und kleinen Netz, wie das Photograph zeigt, von der Wunde heraus. Der Tumor war ziemlich gelblich, prall gespannt und elastisch weich, zeigte deutliche Fluktuation. Die Wand der Zyste war im allgemeinen dick und stark. Der Gallenblase war ca. hühnereigross,

mit Galle gefüllt und ein Teil derselben Wand war mit dem Tumor verwachsen. Die Leber war in ihren unteren Fläche mit dem Tumor fest verwachsen. Lebertrand mässig abgerundet, aber mit normaler Konsistenz. Die Zyste wurde punktiert in der Mitte und ca. 1L. von der dunkelgrünlichen klaren Galle entleert. Zugleich ist die Zyste fast völlig kollabiert. Durch genaue Untersuchung stellte es sich fest, dass weder Stein noch Neubildung, (die die Zystenbildung verursachen sollte) vorhandete.

Also wurde das Jejunum ca. 50 cm analwärts vom Treitz'schen Band abgeschnitten und beide Stümpfe abgeschlossen. Der anale Stumpf wurde mit der Zyste Seit-zu-Seit anastomosiert, dann der orale Stumpf wurde mit dem Jejunum ca. 30 cm analwärts von der Zystojejunostomie Seit-zu-Seit anastomosiert.

Bauchwandschluss in 3-Etagennaht, primäre Heilung.

Entlassung am 8. Janu. 1935.

Die idiopathische Choledochuserweiterung ist sehr selten.

In der Literatur der ganzen Welt seit 1852 bis 1934 sind nur 119 Fälle berichtet worden.

Das klinische Bild wird durch die Trias: Geschwulst, Schmerzen, und Ikterus charakterisiert. Die Geschwulst ist in 82.7%, die Schmerzen in 53.4%, der Ikterus in 85.3% aller Fälle beobachtet worden.

Das Leiden tritt häufiger bei Frauen (76.5% zu 23.5%) und im jugendlichen Alter (85.7% vor dem 25 Lebensjahre.) auf.

Die Diagnose der Choledochuszyste wird vor allem wegen ihrer Seltenheit und ihrer inkonstanten Symptome als schwierig bezeichnet, und sind bisher nur 8mal von 119 Fällen klinisch vor der Operation als solche diagnostiziert worden.

Aus dem Schrifttum berichtet Verf. über 92 operierte Fälle.

3 verschiedene Operationsmethoden sind dabei angewendet worden:

- 1) Drainage nach aussen—von 36 operierten sind 91.7% gestorben.
- 2) Exstirpation des ganzen erweiterten Teiles des Choledochus—von 5 auf diese Weise operierten sind 4 gestorben.
- 3) Anstomose des erweiterten Gangs mit dem Magendarmtractus—von 51 Operationen 35 Fälle geheilt (68.6%).

Die letzte Methode gilt zur Zeit als die beste.

Besonders die Y-förmige Anastomose mit der langen Ausschaltung wie bei unserem Fall ist am idealsten und in unserer Klinik haben wir noch 2 andere Fälle mit gutem Resultat so operiert.

Die oben beschriebene Operationsmethode soll als normale Methode gelten.

(Autoreferat)

内 容 目 次

I 緒 言

II 臨床例

III 文献=依ル考察

IV 診断, 治療法及ビ其豫後

V 結 辭

緒 言

本症ハ極メテ稀有ナル疾患ニ屬シ、依ツテ之レニ遭遇セル士ハ内外共ニ之レガ報告ヲ怠ラザルガ如シ。1852年 Douglas 氏ガ始メテ記載セシ以來、年々其報告例ハ増加セルニ關ラズ、未ダ其成因ニ關シテハ諸家ノ說種々ニシテ定說ナク、今日ニ於イテモ猶ホ「特發性」ナル字句ヲ冠セザルヲ得ザルナリ。

余ハ最近術前確實ナル診斷ヲ下シ、又其手術成績極メテ良好ナリシ1例ニ遭遇ス、依リテ1934年末迄ニ於ケル内外文獻例119ニ余ノ1例ヲ加ヘ、之レニ關スル卑見ヲ述ベントス。

臨 床 例

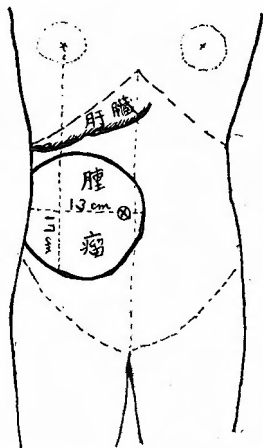
患者：小○秩○，13歳，女兒，小學兒童。昭和9年12月3日入院。

主訴：右季肋下部ノ無痛性腫瘤及ビ黃疸。

遺傳的關係：特記スベキモノナシ。

既往歴：出産時ニ上腹部少シク通常兒ヨリモ大ナルヲ認メラレ、又4—5歳頃迄ハ胃腸疾患ニ罹リ易カリシト。其後著患ナク健康ニシテ、黃疸等ニ罹リタルコトヲ記憶セズ。

現病歴：約2ヶ月半程前(10月上旬)何等ノ誘因ナク、兩側眼瞼ニ癢痒感起リ、其後2晩續ケテ全身ニ癢痒感ヲ訴ヘシタメ、家人ガ衣服ヲ脱セシメシニ、胸腹部皮膚ニ中等度ノ黃疸發現シ、且右肋骨弓下ニ超乎掌大ノ腫瘤ガ膨隆スルニ氣付ケリ。發熱嘔吐等ハ無キモ、唯發病以來、時々輕キ痙痛ガ右上腹部ニ來レリ。便通ハ發病以來秘結勝ナルモ、偶々10月10日大便ノ灰白色ナルヲ家人ガ認メタリ。以來時々灰白色ナリト言フ。食思及ビ睡眠ハ良好。



現症：體格中等。榮養佳良。骨格、筋肉及ビ皮下脂肪組織モ中等度ニ發育ス。皮膚殊ニ眼球結膜ハ中等度ニ黃染ス。脈搏ハ緊張、大サ、其他ノ性狀ハ正調ニシテ、1分時90ヲ算ス。呼吸平靜胸腹型、胸部ニ異常所見無シ。肺肝境域ハ右乳線上ニテ第5肋間腔ニアリ。

局所所見：腹部ハ一般ニ殊ニ其右半ハ強ク膨大シ、タメニ臍ハ正中線ノ約1横指右側ニ牽引サレテ居ル。腹壁ニハ蠕動波ハ認メラレズ、又發赤若クハ著明ナル靜脈擴張ヲ認メズ。觸診スルニ右肋骨弓下2横指ノ部ヲ上縁トシタル約小兒頭大ノ半球狀ノ腫瘤ヲ觸ル。該部皮膚ニハ溫度ノ上昇ナシ。

腫瘤ノ境界：左側ハ正中線ヨリ約1横指左、上部ハ右乳線上ニテ肋骨弓下2横指下、下界ハ右乳線上ニテ腸骨前上棘狀突起ノ高サヨリ2横指下、右界ハ右前腋窩線ヨリ2横指右ニアリ。

腫瘤ノ性狀：表面平滑、各部トモ一様ノ硬度ニシテ、緊張彈力性軟、著明ナル波動ヲ呈シ、呼吸ニ際シ肝臟ト共ニ少シク移動ス。壓痛搏動ハ

證明セラレズ。腫瘤部ハ打診上濁音ヲ呈ス。肝臟下縁ハ正中線上ニテハ劍狀突起ノ3横指下ニ觸レ、右乳線上ニテハ右肋骨弓下1横指ノ部ニ觸レ、其縁ハ鈍ニシテ、稍々硬ナリ。腹腔ニハ其他腹水、異常抵抗、硬結等ヲ證明セズ。

猶ホ、腫瘤及ビ黃疸ハ入院後觀察スルニ、時々其度ニ増減アリ。

糞便所見：入院中ハ通常色ニシテ又下痢便ニモ非ズ。寄生蟲卵、潜在性出血ヲ證明セズ。

尿所見：透明黃色 Gmelin 反應陽性、Urobilin (+) Urobilinogen (-) 異常沈渣ナシ。

血液所見：W. R. (+) ノ外、血液像、沈降速度ニ異常ナシ。

レントゲン検査：腫瘤ノタメ胃ハ左方ヘ、又上行結腸及ビ横行結腸ハ下方ヘ壓排サル。十二指腸モ亦腫瘤ニ壓迫サレ、陰影薄ク腫瘤ノ略ボ中央部ニテ、其前方ニアリ、即チ腫瘤ハ十二指腸ノ後方ニ在ルモノト診斷セリ。膽石レントゲン寫眞陰性。

診斷：上述ノ如キ右上腹部ノ腫瘤ノ位置、性質及ビ疝痛、黃疸、患者ノ年齢、性別、病歴其他ノ諸検査ノ結果ヨリシテ、特發性總輸膽管擴張症ト診斷セリ。

手術所見：昭和9年12月12日手術。右肋骨弓下ニ約22釐ノ斜切開ヲ加ヘテ開腹スルニ腹水ナク、腹壁腹膜ニハ病變ナシ。寫眞ニ示スガ如ク約小兒頭大ノ1個ノ腫瘤ガ、小網膜及ビ後腹膜ヲ破リテ、十二指腸ヲ左ニ膽嚢ヲ上部ニ乗セ殆ンド其手術野ヲ占有シテ現ハレタリ。

腫瘤ハ稍々黃色ヲ呈シ、緊張彈力性軟、波動ヲ證明シ、壁ハ一般ニ厚クシテ強靱内容ヲ透見シ得ズ。膽嚢ハ腫瘤ノタメ前方ニ壓迫サレ大サ約鶏卵大、膽汁ヲ以ツテ充サレ一部腫瘤ト癒着ス。肝臓ハ下面ニ於イテ腫瘤ト牽ク癒着シ、其縁ハ少シク丸ミヲ帶ブレド、硬度尋常ナリ。十二指腸ハ腫瘤ノタメ前正中線ノ方ヘ押し上ゲラレ、幽門輪ヨリ約5—6釐迄ノ十二指腸部ハ約3横指程ニ擴張サル。大小網膜ニ異常ナク、胃、小腸、大腸ハ壓排セラレシ以外ニハ著變ヲ示サズ。

囊腫ノ中央部ニ穿刺ヲナスニ、暗綠色透明ノ膽汁約1立ヲ得、此ノ際膽嚢ノ萎縮スルヲ認メタリ。膽嚢ニハ膽石ヲ證明セズ。ウインスロイ氏孔ニハ手指ヲ通ジ得。

精探センガ何處ニモ腫瘍、結石ヲ認メズ、又何等囊腫ノ原因ト見做スベキモノナカリキ。

以上ノ所見ヨリシテ、術前ノ診斷ニ誤リ無キコトヲ確認セリ。

茲ニ於イテ、囊腫ト空腸トノ間ニ Y 字型吻合術ヲ行フ。即チ先ヅ腸間膜ガ長クシテ、最モ移動性ニ富ム空腸部トシテ、トライツ氏靱帶ヨリ約50釐肛門位ノ部ヲ撰ビ、之レヲ切斷シ兩斷端トモ閉鎖セル後、結腸前ニ於イテ其肛門側空腸ト囊腫トノ間ニ約2横指ヲ通ズル側々吻合ヲ施セリ。此際囊腫壁ハ約4—5耗ノ厚サヲ有シ、内面ハ暗綠色ニ着色セラレタル粘滑ナル粘膜ヲ以ツテ被ハルヲ見ル。次デ該吻合部ヨリ約30釐肛門位ノ空腸部ト口側位空腸端トノ間ニ、側々吻合術ヲナシ、之等ノ上部ニ大網膜ヲ持ち來リ被覆シ、一次的ニ手術創ヲ閉鎖セリ。

・採取セル膽汁ハ比重反應共ニ殆ンド正常ナリ。培養スルモ細菌ヲ證明セズ。

經過：順調ニシテ、術後6日目ニハ既ニ尿中膽汁色素ハ全ク陰性トナリ、手術創ハ第1期癒合ヲ營ミ、腹部ノ膨滿、腫瘤ハ最早之レヲ證明セズ、疝痛、黃疸モ亦全ク消失シ、レントゲン検査ニヨリ、管ツテ壓排サレタリシ胃、大腸ハ殆ンド正常位置ニ復歸セルヲ認メタリ。



昭和10年1月8日，術後28日目全治退院セリ。

其後間モナク患者ハ學校へ通學ヲ始メ，今日ニ至レルガ以來全ク健康ニシテ，全身狀態ハ發病前ニ比シ何等變ル所ナク，體重ハ反ツテ増シ又黃疸，疝痛ハ其後一度モ發現セズ，且ツ腹部ノ膨滿腫瘤ヲ證明セズ。體操遠足等ノ動作ニ於イテモ毫末ノ支障ナシ。尿中膽汁色素反應ハ，其後數度ノ検査ニ依ルニ常ニ陰性ナリキ。W. R. (一)。

III 文獻ニ依ル考察

余ノ蒐メ得タル119例ニ就キテ綜括的考察ヲナスニ

1) 性別

男性 27人 (23.5%)

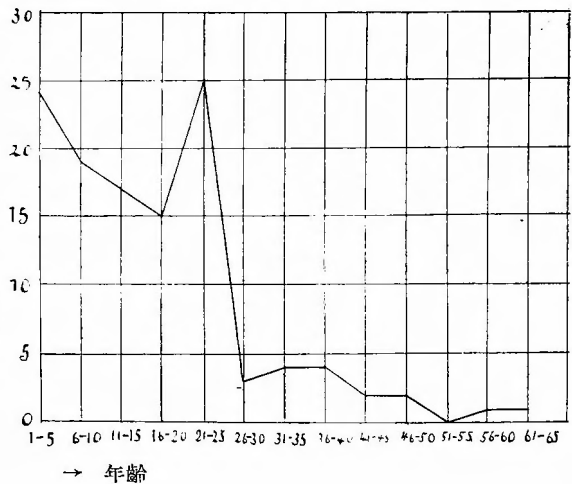
女性 88人 (76.5%) (性別不詳ノ4例ヲ除ク)

即チ，男性對女性ノ比ハ大約1:3ナリ。

2) 年齢

年齢ト本症ノ頻度トヲ圖示スルニ第1表ヲ得タリ。即チ本疾患ハ主トシテ幼青年期ニ多ク，25歳以下ノ者ハ全數ノ85.7%ニアタリ，26歳以上トナレバ頗ル激減ス。最幼年ナルハ

第1表 年齢ト頻度



Heiliger 氏(1905年)ノ早産兒ニシテ，最年長ナルハ Winterstein 氏(1932年)ノ64歳ノ女性ナリ。

3) 症狀トシテハ疼痛，黃疸，腫瘤ヲ3主徴トナス。

a.) 黃疸。一目瞭然極メテ高度ナルモノヨリ，注意深ク検査スルニ非レバ發見シ得ザルモノ，出血性ノモノ，皮膚癢痒感ヲ伴フモノ，「ヒヨレミー」状態ニ陥ルモノ等，其ノ程度タルヤ種々ナリト雖ドモ，病狀經過中明ラカニ黃疸ヲ認メタル記載アルモノ99例(85.3%)ナリ。

b.) 腫瘤。腫瘤ノ存在ヲ認メ得タリト記載セルモノ96例(82.7%)ナリ。

c.) 疼痛。大多數ハ疝痛様ニ發作スルモノナルモ，輕キハ上腹部ノ膨滿感，重キハ強度ニシテ堪ヘ難キモノナリ。單ナル腹痛又ハ疝痛ノ記載アルモノ62例(53.4%)ナリ。

其他嘔吐，發熱，出血性素質，糞便ノ灰白色等ノ症狀ノ記載モ，上記3主徴ニ次ギテ多シ。

VI 診断，治療法及ビ其豫後

本疾患ヲ術前ニ診斷シ得タル例ハ甚ダ僅少ニシテ，Ugelli 氏(1933年)ニヨレバ，112例中僅カニ5例，又余ノ蒐メ得タル120例中ニ於テハ，1924年ノ Neugebauer 氏ノ症例以來，本例ヲ加ヘテ僅カニ9例(7.5%)ノミガ術前ニ診斷ヲ確定シ得タリ。即チ本疾患ハ極メテ稀有ナル疾病ニ屬スルヲ以テ腦裡ニ浮ビ出デザル爲メ，且又本症ノ主症狀タル黃疸，腫瘤，疼痛モ本症ニ限リテ現ハルモノニハ非ズ，又3主徴ヲ具備セサル場合モ多キ故，診斷甚ダ困難トスルトコロナ

リ。然レドモ、本例ニ於ケルガ如ク年齢、性、3主徴等ノ定型的ノモノニ於テハ、術前ニ確定的診斷ヲ下スハ必ズシモ不可能ニ非ズ。

次ニ治療法ニ就キテ述ベンニ、非觀血的療法ニ依ル13例ハ悉ク死亡セリ。依リテ本疾患ニ對スル手術的療法ノ絶對的必要ナルハ言フ俟タズ。然ラバ如何ナル術式ガ最モ理想的ナリヤ。過去ノ手術例ヲ大體次ノ如ク3大別シテ、其成績ヲ徴スルニ、

1) 外部ニ對スル瘻造設術、則チ總輸膽管瘻、膽囊瘻造設術、其他穿刺、切開ニ依ル、36例中治癒セルモノ僅カニ3例ヲ數フルニ過ギズ。(死亡率91.7%)

2) 嚢腫切除ノ5例ニ於テモ、治癒ハ僅カニ1例ナリ。(死亡率80%) 故ニ之等ノ術式ハ全ク放棄セラレ近來專ラ

3) 内部胃腸管ニ對スル内瘻造設術ヲナスニ至レリ。

1895年 Swain 氏ガ本疾患ニ對シ、一次的總輸膽管空腸吻合術ヲ行ヒ、良好ナル治癒成績ヲ收メテ以來一次的ニ又ハ二次的ニ總輸膽管空腸又ハ十二指腸吻合術ガ、51例ニ施行セラレ、内、完全治癒35例(68.6%)ナル劃期的好成績ヲ擧ゲタリ。然レドモ未ダ満足ナル成績トハ言ヒ難シ。之レ本疾患ハ、幼弱期ニ多キ事ト其診斷ガ困難ナルニ依リ、手術ノ適應期ヲ逸シ、患者ノ全身狀態不良ナリシ場合多キニ依ルナラン。殊ニ近來、總輸膽管十二指腸吻合術ヲ以テ、定型の手術術式トサレ、成書ニ記載スルトコロモ、殆ンド總テ此術式ヲ固執セリ。

サレド總輸膽管十二指腸吻合ハ腸管内ヨリ膽道ヘノ上行感染及ビ腸内容物ノ嚢腫ヘノ逆流ノ危險無シトセズ。

京大外科學教室ニ於テハ、既ニ神部、辻村兩氏ガ本例ニ示セル如キ曠置腸管部ノ極メテ長キY字型吻合術ヲ行ヒ、良成績ヲ收メタリ。此際吻合術ヲ一次的ニ行フカ、或ヒハ又二次的ニナスカハ、其決定甚ダ困難ナリト雖ドモ、本例ニ於ケル如ク其全身狀態良好ナルトキハ、可及的一次的吻合術ヲ行フヲ以テ、第一義トナシ、患者ノ衰弱甚シクシテ長時間ノ手術ニ堪ヘ得ザル時ニノミ、先ヅ膽汁瘻ヲ造設シ鬱滯セル膽汁ヲ排出シ、體力ノ恢復ヲ待チテ後、此二次的Y字型吻合術ヲナスヲ以テ、最モ合理的ナリト考フ。今此1例ヲ加ヘ今後、本術式ヲ以テ從來ノ總輸膽管十二指腸吻合術ニ換ヘ、標準術式トナスベキモノト思考ス。

V 結 辭

1) 余等ハ黃疸、右季肋下部ノ無痛性腫瘤ヲ主訴トセル13歳兒ノ女ニ於テ、特發性總輸膽管擴張症ノ1例ヲ經驗シ、術前ニ診斷ヲ下シ、又之レヲ手術的ニ全治センメタリ。

2) 余ガ蒐メ得タル119例ヲ考察スルニ、本症ハ黃疸(85.3%)腫瘤(82.7%)疼痛(53.4%)ヲ3主徴トシ、25歳以下(85.7%)ノ女性(76.5%)ニ發病スル事多シ。

3) 術前診斷ハ困難ナリトセラレシモ、本病ノ存在ヲ腦裡ニ有スレバ、サマデ困難ナルモノニハアラズ。

4) 豫後ハ可及的早期診斷及ビ適當ナル手術術式選擇ノ如何ニ關ス、而シテ曠置腸管部ノ極メテ長キ空腸囊腫間 Y 字型吻合術ハ、此際最モ理想ニ近キ方法ト思考ス。

Literatur

- 1) Adam; Zbl. f. Chir. S. 997, 1923.
- 2) 赤嶺毅; 東京醫事新誌, 55年, 2747號, 2319頁, 1931.
- 3) Arnolds; Deut. med. Woch., Nr. 44, S. 1804, 1906.
- 4) Backer-Grøndahl, N.; Med. Rev. 50, S. 337, 1933.
- 5) Bier-Braun-Kuemmell; Chir. Op.-lehre, Afl. 2, Bd. 3, S. 508, 1923.
- 6) Bohmansson, Gösta; Acta chir. Scandin., Bd. 56, S. 440, 1924.
- 7) Bolle; Deut. Med. Woch., Nr. 41, S. 1381, 1922.
- 8) Bolling; An. of Sug. Vol. 79, P. 147, 1924.
- 9) Broca, M.; Bull. et mém. Soc. de Chir. de Par., 23, P. 209, 1897.
- 10) Budde; Muench. med. Woch., S. 114, 1920.
- 11) Butters; Deut. med. Woch., Nr. 28, S. 1351, 1910.
- 12) Clairmont; Wien. kl. Woch. Nr. 46, S. 1616, 1911.
- 13) Clark, J. H.; Internat. Clin. I, Ser. 42, P. 78, 1932.
- 14) Cole, Leslie, and C. H. Whittle; Brit. J. childr. Dis. 26, P. 258, 1929.
- 15) Djörup, Frans; Zbl. f. Chir. S. 428, 1934.
- 16) Douglas; Month. Jour. of the Med. So., Feb. S. 97, 1852.
- 17) Frizelle, Ernest R.; Brit. med. J. No. 3717, P. 610, 1932.
- 18) Heiliger; Inaug. Diss, Giesen, 1910, (Waller, Budde).
- 19) 今井寅雄; 日本外科學會雜誌, 31回, 5號, 1930.
- 20) Iselin, H.; Arch. f. klin. Chir. B. 145, S. 304, 1927.
- 21) 磯田仙三郎; 兒科雜誌, 390號, 2189頁, 1932.
- 22) 伊藤肇; 臨床醫學, 第8年, 2號, 149頁, 1920.
- 23) 伊澤多三郎; 日本外科學會雜誌, 30回, 6號, 434頁, 1929.
- 24) 泉伍郎; 實驗醫報, 第9年, 103號, 725頁, 1923.
- 25) Jauregui, Pedro; Rev. Cir. 7, P. 536.
- 26) Judd, E. S., and Greene, E. I.; Surg. Gyne. and Obst., Vol. 46, P. 317, 1928.
- 27) 梶川哲夫; 日本外科學會雜誌, 32回, 4號, 716頁, 1931.
- 28) 神谷益二; 日本外科學會雜誌, 32回, 10號, 1494頁, 1932.
- 29) 神部信雄; 日本外科實函, 第7卷, 附錄, 74頁, 1930.
- 30) Karell, U.; Eesti Arst 10, S. 353, 1931. (Estonisch)
- 31) 加藤亮之輔; テラビー, 第5年, 9號, 632頁, 1928.
- 32) 河石九二夫; 日本外科學會雜誌, 23回, 10號, 1171頁, 1922.
- 33) Kehr; Chirurgie der Gallenwege, (N. D. Chir.) S. 80, 1913.
- 34) Kirschner-Nordmann; Die Chirurgie, Bd. 6, S. 75, 1927.
- 35) Kiselev, N.; Vestn. Chir. 78/79, S. 182, 1932, (Russisch)
- 36) 木積一次, 兒玉琢四郎; 東京醫學會雜誌, 30卷, 22號, 1413頁, 1913.
- 37) Krabbel; Beitr. z. kli. Chir., Bd. 130, S. 159, 1924.
- 38) Kremer; Arch. f. kli. Chir., Bd. 113, S. 99, 1920.
- 39) 久城直道; 日本內科學會雜誌, 20卷, 3號, 518頁, 1932.
- 40) 栗山重信; 兒科雜誌, 376號, 1334頁, 1931. 402號, 2063頁, 1933. 404號, 101頁, 1934.
- 41) Mayesima, J.; Deut. Zeits. f. Chir., Bd. 119, S. 338, 1912.
- 42) Masson, James C., and John H. Rieniets; Surg. Clin. N. Amer. II, P. 747, 1931.
- 43) Mc Connell, A. A.; Brit. Jour. of Surg., Bd. 7, P. 520, 1920.
- 44) Morley; Brit. Jour. of Surg., Vol. 10, No. 39, P. 413, 1932.
- 45) 中村正雄; 實驗醫報, 226號, 1381頁, 1933.
- 46) Neugebauer, F.; Beitr. z. kli. Chir., Bd. 131, S. 448, 1924.
- 47) 小川三郎; 兒科雜誌, 327號, 715頁, 1931.
- 48) O'Gorman, Francis M., Louis Chely and Clarence F. Heyden; N. Y. State J. Med. 31, P. 1196, 1931.
- 49) 奥谷廣光; グレンツゲビート, 第2年, 6號, 813頁, 1928.
- 50) Pamperl, Robert; Med. kli., Bd. 21, S. 1608, 1925.
- 51) Ramsay-Hill; Brit. Med. Jour., Vol. 2, 991, 1925.
- 52) Russell; An. of Surg., Vol. 25, P. 692, 1897.
- 53) Saint, James H.; Brit. med. J., No. 3709, P. 230, 1932.
- 54) Šantrůček, Karel; Čas. lēk. česk., P. 1185, 1932. (Tschechisch)
- 55) 佐藤太平; 日本外科學會雜誌, 21回, 1號, 1頁, 1920.
- 56) Sènèque, J., et A. Tailhefer; J. de Chir. 33, P. 154, 1929.
- 57) Sieber, Fritz; Zbl. f. Gynä., S. 2848, 1929.
- 58) Swain; Lancet, March 23, P. 743, 1895.
- 59) 田原睦雄; 兒科雜誌, 370號, 481頁, 1931.
- 60) Taylor Julian; Brit. J. Surg., 16, P. 327, 1928.
- 61) 辻村秀夫; 日本外科實函, 4卷, 5號, 76頁, 1927.
- 62) 内田尊雄; 東京醫事新誌, 2751號, 2550頁, 1931.
- 63) Ugelli, Libero; Policlinico Sez. chir., 40, P. 343, 1933.
- 64) Waller; An. of Surg., Vol. 66, No. 4, P. 446, 1917.
- 65) Willis; An. of Surg., Vol. 87, P. 48, 1928.
- 66) Wilson Jr., Henry van Peters; J. amer. med. Assoc., 95, P. 399, 1930.
- 67) Winterstein, O.; Wien. med. Woch., I, S. 638, 1932.
- 68) Wright; Surg. Gyn. & Obst., Vol. 49, P. 156, 1924.
- 69) 八木雄次郎; 兒科雜誌, 343號, 1635頁, 1928.
- 70) 山之内棟; 日本外科學會雜誌, 22回, 8號, 373頁, 1921.
- 71) Zimmer; Zbl. f. Chir., S. 424, 1924.
- 72) Znninger, M. M. and James, R. C.; Arch. Surg., 24, P. 77, 1932.
- 73) Zopf, Karl; Arch. f. kli. Chir., Bd. 122, S. 615, 1923.